

Modelo de Crenças em Saúde e o rastreio do câncer do colo uterino: avaliando vulnerabilidades

Health Belief Model and cervical cancer screening: assessing vulnerabilities

Modelo de Creencias en Salud y cribado del cáncer del cuello del útero: evaluando vulnerabilidades

Ricardo de Mattos Russo Rafael^I, Anna Tereza Miranda Soares de Moura^{II}

RESUMO

Objetivo: avaliar os fatores de risco para a inadequação do rastreio do câncer do colo do útero a partir do Modelo de Crenças em Saúde. **Método:** trata-se de um estudo do tipo caso-controle desenvolvido por meio de entrevistas realizadas entre 2012 e 2013 com 640 usuárias da Saúde da Família. A coleta de dados ocorreu com instrumento estruturado e multidimensional com subsequente análise multivariada. O estudo foi aprovado em comitê de ética sob o protocolo número 01724512.6.0000.5259. **Resultados:** a percepção das barreiras foi um importante fator de risco para o rastreamento da doença (OR 16.7; IC95%: 9.2/30.1), sofrendo modificação de efeito pelas dimensões de susceptibilidade e gravidade (OR: 22.5; IC95%: 11.4/44.5). **Conclusão:** chama-se atenção para a necessidade de incorporar aspectos subjetivos na avaliação das demandas da clientela, relacionados à percepção das usuárias e seus sentimentos frente ao rastreio do câncer, especialmente por compreender os fatores que elevam o absenteísmo a esta prática.

Palavras-chave: Neoplasias do colo do útero; esfregaço vaginal; acesso aos serviços de saúde; atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the risk factors for inadequate cervical cancer screening using the Health Belief Model. **Method:** This case-control study involved interviews of 640 Family Health Strategy users, between 2012 and 2013. Data were collected using a multidimensional, structured instrument and subsequently subjected to multivariate analysis. The study was approved by the ethics committee (protocol number 01724512.6.0000.5259). **Results:** one important risk factor for screening was the perception of barriers (OR 16.7; 95% CI: 9.2/30.1), the effect of which was modified by two dimensions: susceptibility and severity (OR: 22.5; 95% CI: 11.4/44.5). **Conclusion:** the results underscore the need for evaluation of client demands to incorporate subjective aspects relating to users' perceptions of, and feelings towards, cancer screening, especially in order to understand the factors that increase absenteeism from this practice.

Keywords: Uterine cervical neoplasms; vaginal smears; health services accessibility; primary health care.

RESUMEN

Objetivo: evaluar los factores de riesgo por la inadecuación del cribado del cáncer del cuello del útero a partir del Modelo de Creencias en la Salud. **Método:** se trata de un estudio de tipo caso-control desarrollado a través de entrevistas realizadas entre 2012 y 2013 con 640 usuarias de la Salud de la Familia. La recolección de datos se produjo a partir de instrumento estructurado y multidimensional, con posterior análisis multivariado. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética con el número de protocolo 01724512.6.0000.5259. **Resultados:** la percepción de las barreras fue un importante factor de riesgo para el cribado de la enfermedad (OR 16.7; IC95%: 9.2/30.1), sufriendo modificación de efecto por las dimensiones de susceptibilidad y gravedad (OR: 22.5; IC95%: 11.4/44.5). **Conclusión:** Los resultados muestran la necesidad de incorporar aspectos subjetivos en la evaluación de las demandas de la clientela, relacionados a la percepción de las usuarias y sus sentimientos ante el cribado del cáncer, especialmente por comprender los factores que elevan el absentismo a esta práctica.

Palabras clave: Neoplasias del cuello uterino; frotis vaginal; accesibilidad a los servicios de salud; atención primaria de salud.

INTRODUÇÃO

As mudanças nos padrões de vida ocorridas nas últimas décadas contribuíram para a acentuação da transição demográfica e epidemiológica em diversos países. A elevada carga de doenças infecciosas deu lugar às doenças e agravos não-transmissíveis, ocupando as primeiras posições nas taxas de mortalidade¹. As neoplasias fazem parte deste grupo de agravos e estima-se que até 2025 mais de 20 milhões de novos casos sejam

registrados mundialmente, respondendo por cerca de 70.0% dos óbitos em países em desenvolvimento². No Brasil as estimativas são semelhantes, apontando para a ocorrência de 600 mil casos novos no biênio 2016-17. Vale ressaltar que o câncer do colo do útero continua a representar uma importante carga de adoecimento na população feminina, ocupando as primeiras posições em incidência e mortalidade³.

^IEnfermeiro. Doutor em Ciências. Professor da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e da Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: prof.ricardomattos@gmail.com

^{II}Médica. Doutora em Saúde Coletiva. Professora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e da Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: annaterezam.smoura@gmail.com

Os avanços no conhecimento sobre o tema possibilitaram a identificação de características do câncer do colo do útero relacionadas à prevenção, detecção e tratamento precoces, ampliando as possibilidades de cura e de prognóstico favorável. A combinação de ações voltadas à prevenção das infecções pelo Papiloma vírus Humano (HPV) e o rastreamento sistemático de lesões precursoras do câncer, tem sido apontada como as principais medidas de controle da doença no Brasil. Há um amplo arcabouço teórico que aponta para a menor probabilidade de desenvolvimento da doença com a realização a cada três anos do exame de colpocitologia oncótica entre 25 a 64 anos, observada a ausência de lesões cervicais no intervalo de um ano, após dois exames negativos e subsequentes⁴.

Seguindo esta recomendação, o Ministério da Saúde vem ampliando ao longo dos anos o acesso da população feminina às técnicas de rastreio, sobretudo pelas equipes da estratégia de saúde da família (ESF) e outros dispositivos da atenção primária à saúde (APS). Acredita-se que a dinâmica de trabalho deste nível de atenção possa favorecer as práticas de vigilância em saúde e a formulação de estratégias capazes de adequar as diversas ações das equipes às necessidades populacionais^{5,6}.

Apesar da melhora nas condições de acesso à colpocitologia oncótica, muitas mulheres ainda permanecem excluídas do processo de captação precoce, apresentando periodicidade de exame inadequada, isto é, com intervalos de rastreio superiores há três anos⁴. Problemas relacionados às questões estruturais dos serviços de saúde e do processo de trabalho das equipes, além da própria compreensão da doença e de suas formas de prevenção, podem estar contribuindo para esta inadequação. Os fatores relacionados à formação de hábitos voltados ao autocuidado também podem interferir nas práticas individuais voltadas à saúde, potencializando as barreiras de acesso⁷.

Vários são os modelos teóricos que apoiam a compreensão da motivação para realizar ou não o rastreio de maneira adequada, sobretudo por meio de explicações voltadas à disponibilidade da rede de saúde e aspectos sociodemográficos das mulheres. Nesta perspectiva, o Modelo de Crenças em Saúde propõe que a incorporação de comportamentos preventivos para agravos à saúde é balizada por percepções individuais em quatro dimensões distintas. As duas primeiras se voltam à percepção da susceptibilidade ao adoecimento e da gravidade da doença, ou seja, o quanto o sujeito percebe a possibilidade de adoecer e a sua compreensão de quanto à gravidade do evento pode impactar na sua vida. As demais dimensões se referem à percepção sobre os benefícios e as barreiras de se adotar um comportamento preventivo^{8,9}.

Acreditando que a interação entre estas dimensões pode influenciar a utilização dos serviços de saúde, em especial a realização do exame colpocitológico, este estudo teve como objetivo avaliar os fatores de risco para a inadequação do rastreio do câncer do colo do útero a partir do Modelo de Crenças em Saúde.

REVISÃO DE LITERATURA

Tem sido crescente a produção que visa compreender as baixas coberturas do rastreio do câncer do colo do útero em algumas regiões do país, tendo ao menos dois constructos envolvidos neste processo: a percepção das pessoas sobre o acesso e sobre a utilização dos serviços de saúde. Por acesso entende-se como uma variada e complexa trama de fatores que responde pelo grau de facilidade, ou não, que as pessoas têm para obter cuidados, podendo se desenvolver a partir de características dos indivíduos e/ou do próprio serviço – existência de materiais e profissionais qualificados, oferta de exames, entre outros¹⁰.

Já a utilização está intimamente relacionada à interação entre as pessoas e as diversas características organizacionais, quer seja por elementos do acesso, da dinâmica de atuação das equipes e até da empatia construída entre usuários e profissionais. Neste caso, a decisão de uma pessoa em utilizar um serviço de saúde será mediada por aspectos culturais, políticos e da percepção de saúde do grupo social a que pertence, construindo sua percepção individual sobre os comportamentos preventivos em saúde¹¹.

Dentre os vários modelos teóricos que estudam os fenômenos do acesso e utilização de serviços, sobretudo a partir dos comportamentos preventivos em saúde, está o Modelo de Crenças proposto por psicólogos sociais norte-americanos na década de 50¹². O Modelo toma como base as crenças e percepções das pessoas em relação aos riscos à saúde, compreendendo que a decisão em adotar ou não um comportamento preventivo será mediada por quatro dimensões percebidas: a gravidade, a susceptibilidade, os benefícios e as barreiras⁹.

A percepção sobre a gravidade se desenvolve a partir dos sentimentos com relação à doença que é alvo do comportamento preventivo, como o potencial gerador de dor, incapacidade e morte, e seus impactos no cotidiano da vida – as relações familiares, sociais e de trabalho. A susceptibilidade – também chamada de vulnerabilidade – é a dimensão que responde por quanto a pessoa percebe o seu potencial adoecimento, ou seja, o quanto ela vê a probabilidade de adoecer em algum momento da vida. As duas últimas dimensões respondem pelo balanço, por vezes inconsciente, sobre os custos e a efetividade, os benefícios e as barreiras/dificuldades voltadas à adoção das práticas de prevenção – se relacionando direta e indiretamente ao acesso e à utilização dos serviços de saúde^{8,9}.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso-controle ancorado no projeto *Barreiras no acesso do rastreio do câncer do colo uterino: um estudo sobre as relações da violência íntima e do uso abusivo de álcool em usuárias da Saúde da Família*, que foi desenvolvido no município de Nova Iguaçu, na região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro¹³. Foi selecionada a região central, que concentra a maioria dos equipamentos sociais e possui cinco unidades

básicas de saúde, totalizando 10 equipes. A menor unidade, com somente uma equipe, foi selecionada para a realização de estudo piloto, ficando o território das outras nove destinadas ao trabalho de campo e coleta de dados (população cadastrada: 26 025 pessoas).

A população-fonte do trabalho compreendeu o conjunto de mulheres com idade entre 25 e 64 anos, faixa etária alvo dos programas de controle do câncer do colo do útero⁴. Foram estabelecidos como critérios de inclusão: ser residente na área de cobertura da ESF e ter relacionamento íntimo há um ano, necessário à avaliação da ocorrência de violências entre parceiros, um dos interesses do Projeto base deste estudo. Foram excluídas as mulheres com diagnóstico prévio de neoplasia uterina e demais doenças ginecológicas que demandassem controle periódico.

As mulheres que apresentaram inadequação no rastreo – aquelas que não realizaram de exame colpocitológico nos três anos que antecederam a coleta de dados – foram consideradas casos. Aquelas que frequentaram a unidade de saúde no período da coleta de dados e que possuísem ao menos um exame nos últimos três anos foram classificadas como controles. O tamanho amostral foi calculado considerando o *odds ratio* (OR) 2.0, intervalo de confiança de 95% (IC 95%), poder 80.0% e uma proporção de um caso para três controles, com amostra final de 640 mulheres, sendo 40 casos e 120 controles para cada unidade selecionada. Foi utilizada a captação oportunística como estratégia de composição amostral, aplicando-se os critérios de seleção conforme as mulheres acessavam as unidades de saúde.

As entrevistas foram realizadas por quatro profissionais de enfermagem, sob a supervisão dos autores. As entrevistadoras receberam treinamento sobre a padronização das entrevistas, além da entrega de manual contendo informações pertinentes sobre instrumento de coleta de dados. As entrevistas ocorreram no período de novembro de 2012 a junho de 2013, em local reservado, dentro das próprias unidades de saúde e antes da entrada das mulheres nos consultórios e demais serviços. Primeiramente foram aplicados os formulários de elegibilidade e em seguida ocorreu à aplicação dos instrumentos de coleta. O tempo médio de entrevista foi de 40 minutos, resultando em quatro entrevistas diárias por entrevistador.

Foi utilizado um instrumento estruturado e multidimensional. A caracterização sociodemográfica ocorreu por meio das variáveis idade, cor/etnia, tempo de estudo / escolaridade, estado civil, presentes na *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (PNAB)¹⁴. A classificação econômica da amostra foi realizada a partir dos critérios propostos pela Associação Brasileira de Empresas de pesquisa (ABEP), estratificando as classes A/B, C e D/E¹⁵. As condições de moradia foram avaliadas pelo escore específico, considerando o número de pessoas no domicílio, o tipo de material predominante no piso da casa, o esgotamento sanitário e a coleta de lixo¹⁶.

A avaliação do acesso e utilização dos serviços de rastreo foi feita com base no Modelo de Crenças em Saúde, utilizando o instrumento *Champion's Health Belief Model Scale* (CHBMS), validado e adaptado transculturalmente para uso em investigações sobre câncer no Brasil, e recentemente utilizado para estudos voltados ao rastreo do câncer do colo do útero^{8,9,17-19}. O instrumento possui 29 itens subdivididos em quatro escalas que avaliam a percepção da respondente sobre a: susceptibilidade para o adoecimento, a gravidade da doença, os benefícios e as barreiras em relação às práticas preventivas. A escala foi considerada positiva frente à resposta de ao menos um item pela participante. A aferição da variável dependente ocorreu através da questão: Você fez algum exame preventivo (o exame de Papanicolaou) nos últimos 3 anos?

O banco de dados foi construído no *Epidata 3.1*, utilizando técnica de dupla entrada em 20% dos instrumentos aplicados. O processamento e análise estatística dos dados foram realizados no software *Stata SE 13*. Foi realizada a análise das características sociodemográficas e das quatro dimensões do Modelo de Crenças com a variável dependente, calculando as prevalências, os OR brutos e os respectivos IC 95%. Para a entrada no modelo multivariado foram utilizados os itens que apresentaram p-valores abaixo do ponto de corte (p-valor 0.25), realizando técnica de regressão logística não condicional e calculando os OR ajustados. Aplicou-se o Teste de Razão de Verossimilhança para avaliação dos p-valores, classificando-os como estatisticamente significativo quando o resultado foi ≤ 0.05 e limítrofe quando no intervalo entre 0.05 e 0.1.

Por fim, foi realizada regressão logística condicional para avaliar as interações com possíveis variáveis modificadores de efeito. Destaca-se que foi forçada a entrada no modelo final de regressão para as variáveis que pertenciam ao Modelo de Crenças e que apresentaram p-valores abaixo do ponto de corte. Esta medida visou garantir a testagem de todos os itens envolvidos nos postulados deste estudo.

O estudo utilizou Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para todas as respondentes e obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob o número 01724512.6.0000.5259. Todas as participantes foram orientadas sobre o rastreamento do câncer do colo do útero e, quando necessário, foi viabilizado o agendamento de consultas ginecológicas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra estudada apresentou predomínio de mulheres com mais de 40 anos de idade -383 (59.8%), brancas e pardas -359 (56.1%), com menos de oito anos de estudo -370 (57.8%), casadas -355 (55.5%), pertencente à classe econômica C -493 (70.7%) e vivendo em más condições de moradia -539 (84.3%). A análise bivariada entre as características sociodemográficas apresentou

associação estatisticamente significativa entre a inadequação do exame de rastreio e a faixa etária (p-valor <0.001) e escolaridade (p-valor = 0.002). Destaca-se que as variáveis etnia (p-valor = 0.202) e condições de moradia (p-valor = 0.195) foram incluídas no modelo final de regressão por apresentarem p-valores abaixo do ponto de corte, conforme informado na metodologia.

A análise dos fatores impeditivos relacionados ao exame colpocitológico é apresentada na Tabela 1. Entre os itens aferidos como barreiras de acesso, a variável

esquecimento apresentou OR ajustado 72.1 (IC95%: 40.9/126.9; p-valor <0.001). Todas as variáveis relacionadas à utilização dos serviços referentes ao medo ou vergonha apresentaram significância estatística.

A prevalência e os respectivos OR para as dimensões do Modelo de Crenças em Saúde são exibidos na Tabela 2. Foi encontrada relação estatisticamente significativa nas dimensões de percepção das barreiras e dos benefícios, demonstrando-se, respectivamente, como fator de risco (OR 16.1; IC95%: 9.0/28.7; p-valor <0.001)

TABELA 1: Distribuição, análise bivariada e modelo ajustado das variáveis independentes (barreiras relacionadas ao acesso e à utilização do exame) e a inadequação do rastreio do câncer do colo do útero em usuárias da Estratégia Saúde da Família. Nova Iguaçu /RJ, Brasil, 2013. (N=640)

Variáveis	f	% (IC95%)	OR bruto	OR ajustado ^(*)
Barreiras relacionadas ao acesso				
Custo do exame	6	0.9 (0.4/2.0)	0.58 (0.1/5.0)	0.62 (0.1/5.5)
p-valor	-	-	0.618	0.671
Disponibilidade para Agendamento	2	0.3 (0.07/1.2)	-	-
Necessidade de preparo	13	2.0 (1.2/3.5)	1.8 (0.6/5.7)	1.7 (0.5/5.2)
p-valor	-	-	0.291	0.390
Dificuldades de transporte	3	0.4 (0.1/1.4)	-	-
Dificuldades do cotidiano	1	0.1 (0.0/1.1)	-	-
Esquecimento da data	166	25.9 (22.7/29.5)	72.2 (41.7/125.1)	72.1 (40.9/126.9)
p-valor	-	-	<0.001	<0.001
Barreiras relacionadas à utilização				
Medo do procedimento	13	2.0 (1.2/3.5)	3.5 (1.1/10.5)	3.1 (1.0/9.8)
p-valor	-	-	0.027	0.046
Medo do profissional	62	9.6 (7.6/12.2)	4.8 (2.8/8.3)	5.0 (2.8/8.7)
p-valor	-	-	<0.001	<0.001
Medo do resultado	205	32.0 (28.5/35.7)	2.4 (1.7/3.5)	2.4 (1.6/3.5)
p-valor	-	-	<0.001	<0.001
Vergonha do examinador	139	21.7 (18.7/25.1)	2.7 (1.8/4.0)	2.5 (1.7/3.8)
p-valor	-	-	<0.001	<0.001

(*)Ajustado por idade, etnia, escolaridade e condições de moradia.

TABELA 2: Distribuição, análise bivariada e modelo ajustado das variáveis independentes (dimensões do Modelo de Crenças em Saúde) e a inadequação do rastreio do câncer do colo do útero em usuárias da Estratégia Saúde da Família. Nova Iguaçu /RJ, Brasil, 2013. (N=640)

Variáveis	f	% (IC95%)	OR bruto	OR ajustado ^(*)
Percepção dos benefícios advindos do rastreio sistemático				
Sim	572	89.4 (86.7/91.5)	0.1 (0.04/0.13)	0.1 (0.04/0.13)
p-valor	-	-	<0.001	<0.001
Percepção das barreiras relacionadas à utilização e ao acesso				
Sim	340	54.1 (49.2/56.9)	16.1 (9.0/28.7)	16.1 (9.9/28.9)
Percepção da susceptibilidade de adoecimento				
p-valor	-	-	<0.001	0.001
Sim	17	2.6 (1.6/4.2)	0.4 (0.1/1.7)	0.3 (0.1/1.5)
p-valor	-	-	0.201	0.167
Percepção sobre a gravidade da doença				
Sim	593	92.6 (90.3/94.4)	1.0 (0.5/2.0)	0.9 (0.5/1.9)
p-valor	-	-	0.988	0.900

(*)Ajustado por idade, etnia, escolaridade e condições de moradia.

e de proteção (OR 0.1; IC95%: 0.04/0.1; p-valor <0.001). Não houve alterações significativas na magnitude dos OR após ajustamento, rejeitando a presença de variáveis de confundimento em quase totalidade das variáveis testadas.

Os resultados do modelo final por meio de regressão logística condicional encontram-se na Tabela 3. Observa-se que a ausência de percepção da susceptibilidade eleva os riscos imputados pelas barreiras, que se amplia frente à positividade na escala de gravidade. A percepção de benefícios em relação ao exame apresentou menor valor de OR, quando comparado aos modelos 1 e 2.

TABELA 3: Modelo regressão condicional entre a percepção sobre as barreiras de utilização e acesso aos serviços de saúde e as demais dimensões do Modelo de Crenças em Saúde, em mulheres cobertas pela Estratégia Saúde da Família. Nova Iguaçu /RJ, Brasil, 2013. (N=640)

Variáveis	OR ajustado (*)	p-valor
Modelo 1		
Percepção sobre as barreiras + ausência de percepção sobre a susceptibilidade	16.7 (9.2/30.1)	<0.001
Modelo 2		
Modelo 1 + percepção sobre a gravidade	22.5 (11.4/44.5)	<0.001
Modelo 3		
Modelo 2 + percepção sobre os benefícios	15.7 (7.9/31.5)	<0.001

(*)Ajustado por idade, etnia, escolaridade e condições de moradia.

Estudos sobre fatores que impedem ou dificultam a realização dos exames de rastreamento do câncer do colo do útero não são recentes, tendo ampla reflexão na literatura brasileira e mundial^{20,21}. Também é crescente a produção de conhecimento sobre a compreensão dos mediadores de utilização e acesso aos serviços de saúde^{18,22}. Entretanto, as relações de risco entre as dimensões do Modelo de Crenças em Saúde e a inadequação na realização de exames - neste caso para rastreamento do câncer do colo do útero - guarda certo ineditismo nacional, aspecto iluminado pela opção metodológica deste estudo.

As barreiras para a realização do exame foram apresentadas em dois grandes grupos: aquelas relacionadas ao acesso e à utilização dos serviços. O primeiro grupo é representado por uma variada trama de fatores que se referem à facilidade - ou não - que as usuárias vivenciam para a obtenção de cuidados²². Embora o termo acesso possa ser definido de maneira mais ampla do que a investigada nesta pesquisa, o Modelo de Crenças em Saúde debruça sua avaliação em questões que guardam certa subjetividade na percepção dos usuários, tais como o custo, a necessidade de preparo e as dificuldades com agendamento e transporte^{9,17}.

A expressiva magnitude do esquecimento da data agendada (OR 72.1) traz a necessidade de reflexão sobre as práticas de oferta do exame colpocitológico. A literatura

aponta que as regiões em que os programas de rastreamento do câncer do colo do útero são predominantemente oportunistas possuem elevadas taxas de incidência da doença^{4,21}. Parece que a captação exclusiva por ocasião do comparecimento da usuária à unidade não seria o ideal, já que a dinâmica de vida assumida por muitas mulheres - com sobreposição das tarefas domésticas, de cuidado familiar e atividades laborais - pode ampliar o esquecimento de seus afazeres. A presença da mulher na unidade não garante um momento protegido para seu autocuidado, estando muitas vezes envolvida com a saúde de toda a sua família. Os agendamentos de exames realizados nestas ocasiões não asseguram a presença na data agendada, com maior probabilidade de adocimento.

Além das barreiras estruturais para o impedimento da realização dos exames, aspectos individuais e psicossociais também podem dificultar a utilização de serviços²², mesmo diante do acesso facilitado proposto pela ESF. Os achados mostraram a existência de maior risco entre as barreiras relacionadas à utilização dos serviços e a (in)adequação do rastreamento do câncer do colo do útero, com destaque para sentimentos de medo e vergonha. Os medos associados ao procedimento (OR: 3.1), ao profissional (OR: 5.0) e ao resultado do exame (OR: 2.4), e a vergonha (OR: 2.5) relacionada ao procedimento já foram apontados como fatores de risco para a inadequação do rastreio em outros trabalhos sobre o tema²³⁻²⁶.

Sentimentos negativos relacionados aos comportamentos preventivos, como no caso dos exames colpocitológicos, são vivenciados de modo particular e individual, embora também possam ser influenciados pela cultura presente nos diversos grupos sociais frequentados pelas mulheres. São diversas as formas de vivenciar o medo - desde o procedimento até o resultado em si - e que pode estar associado às experiências negativas que circulam no universo feminino, elevando os riscos de inadequação do rastreio. Ademais, o medo do câncer e de suas repercussões também remetem às ideias de longos e dolorosos tratamentos, alteração na autoimagem, e até da morte, contribuindo para atribuições negativas frente à possibilidade do diagnóstico^{18,27}.

Discussões sobre gênero precisam ser contempladas e podem permear estas emoções, já que os comportamentos femininos idealizados são baseados em construções sociais predominantemente patriarcais, impondo mecanismos de controle sobre a sexualidade da mulher e seu corpo. É possível que estes sentimentos sejam paulatinamente naturalizados, estabilizados e transformados em barreiras impeditivas para a utilização de práticas preventivas e de cuidado com a saúde. Deste modo, o medo e a vergonha relatados por algumas mulheres podem guardar relações com bloqueios e conflitos referentes à manipulação do corpo por outra pessoa, especialmente quando o profissional é do sexo masculino²⁸. A ESF disponibiliza uma equipe de referência para territórios adscritos, o que não parece ser suficiente.

Assumir uma postura flexível e que garanta a escolha do examinador a partir da própria usuária seria imprescindível para a promoção de verdadeira autonomia, com consequente melhoria das condições de uso e acesso das usuárias. O território, compreendido como dinâmico em seu processo de construção deve permear o debate interdisciplinar nas equipes, sendo este utilizado para produzir saúde e transformar cotidianos, e não servir como possível barreira de acesso e utilização de serviços²⁹.

Os resultados mostram que a combinação de níveis de percepção das usuárias sobre a susceptibilidade e a gravidade também pode ampliar os riscos imputados pelas barreiras, favorecendo ainda mais a inadequação do rastreio. A menor percepção sobre a sua própria vulnerabilidade é um fator de risco para o acesso e utilização, já que a mulher não se vê com a possibilidade de adoecimento, mesmo sem a realização periódica dos exames. Os sentimentos negativos frente à percepção da gravidade da doença também parecem impedir ou dificultar – agindo como um importante fator de risco na - a busca pelos serviços de saúde, o que corrobora com a identificação de barreiras relacionadas ao medo do resultado dos exames²².

Por outro lado, a compreensão dos benefícios advindos da adoção de comportamentos preventivos tende a reduzir estes riscos (OR 0.1), uma vez que a mulher acaba por mobilizar os seus recursos disponíveis para evitar o adoecimento. Mesmo quando esta percepção está associada às experiências ruins relacionadas ao exame o risco de inadequação foi menor (OR 15.7). Nesta perspectiva, o desenvolvimento de estratégias ancoradas na participação comunitária também pode auxiliar na construção de caminhos que produzam melhores resultados na cobertura do exame, tais como a flexibilização de horários e a adequação da dinâmica de funcionamento das equipes^{20,22}.

A adoção de práticas educativas que possam permitir reflexões sobre as dimensões do Modelo de Crenças em Saúde também seria uma alternativa para reduzir as barreiras percebidas, ampliando as possibilidades de adoção de comportamentos preventivos pelas usuárias³⁰. Qualificar a dinâmica das equipes da saúde pode minimizar os sentimentos negativos aqui estudados, tendo em vista que este nível de atenção possui importantes atributos que possibilitam a melhoria do acesso das usuárias, tais como o primeiro contato e a longitudinalidade e coordenação do cuidado, próprios deste nível de atenção.

CONCLUSÃO

O pioneirismo de um estudo que se debruça sobre os constructos aqui apresentados traz consigo a responsabilidade de colaborar com a produção de novos conhecimentos para a área. O desenho metodológico apresenta lacunas que merecem ser preenchidas em futuros trabalhos, sendo importante considerar que a interpretação dos resultados seja realizada à luz destas limitações. A primeira está relacionada à alocação das

respondentes nos grupos de casos e controles, que ocorreu através da seleção de usuárias nas próprias unidades de saúde. Acredita-se que a magnitude dos riscos possa ser ainda maior, principalmente aqueles voltados às barreiras de acesso, com a captação de sujeitos por meio de inquéritos domiciliares.

Observa-se outra limitação associada à seleção de mulheres com relacionamento íntimo há ao menos um ano, o que exclui deste trabalho as mulheres solteiras ou sem parceiro fixo, que podem apresentar outras características específicas que não foram contempladas nesta investigação. Por fim, o instrumental utilizado, único adaptado transculturalmente para o Brasil, não apresenta validação específica para investigação de fenômenos relacionados ao câncer do colo do útero, embora já tenha sido utilizado em dois grandes estudos na área.

De todo modo, foi possível compreender como o Modelo de Crenças em Saúde se relaciona com a (in)adequação do rastreamento do câncer do colo do útero, com a identificação dos principais fatores de risco relacionados ao acesso/utilização dos serviços de rastreamento, a saber: o esquecimento da data agendada, a vergonha do examinador, e os medos relacionados ao profissional, ao procedimento e ao resultado dos exames. Aliar este conhecimento com a interação promovida pela percepção sobre a susceptibilidade, a gravidade da doença e os benefícios diante do rastreamento, pode qualificar a programação dos serviços de saúde, sobretudo em casos de usuárias faltosas.

Entende-se que o conjunto de variáveis investigadas merece ser ampliado, contemplando outros fatores envolvidos na possível causalidade da inadequação do rastreio. Encoraja-se a realização de outros trabalhos com desenhos de estudo que permitam a investigação destas relações causais, auxiliando na superação das lacunas aqui apresentadas. A pesquisa com diferentes subgrupos de mulheres também parece necessária para a melhor compreensão das interações com este desfecho.

REFERÊNCIAS

1. Araújo ID. Polarização epidemiológica no Brasil. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2012 [citado em 5 mai 2016]; 21(4): 533-8. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400002
2. Stewart EW, Wild CP, editors. *World Cancer Report 2014*. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2014.
3. Instituto Nacional do Câncer [Internet]. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2016. [citado em 05 mai 2016]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/bvscontrolcancer/publicacoes/edicao/Estimativa_2016.pdf
4. Instituto Nacional do Câncer [Internet]. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA; 2011. [citado em 10 jun 2015]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Diretrizes_rastreamento_cancer_colo_uterio.pdf
5. Ministério da Saúde (Br). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Departamento de Atenção Básica; 2012. [citado em 3 mar 2013]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

6. Rafael RMR, Moura ATMS. Exposição aos fatores de risco do câncer do colo do útero na Estratégia de Saúde da Família de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad saúde colet*. [Internet]. 2012 [citado em 10 jun 2016];20(4):499-505. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2012000400014
7. Silva MAS, Teixeira EMB, Ferrari RAP, Cestari MEW, Cadelli AAM. Fatores relacionados a não adesão à realização do exame de Papanicolau. *Rev Rene* [Internet]. 2015 [citado em 03 mar 2016]; 16(4):532-9. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/2025/pdf>
8. Coleta M. Escalas para medida das crenças em saúde: construção e validação. *Avaliação Psicológica* [Internet]. 2003 [citado em 10 jun 2016]; 2(2):111-22. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712003000200003
9. Rosenstock IM. The health belief model and preventive health behavior. *Health educ monographs*. 1974;2(4):354-87.
10. Anchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2012 [citado em 21 nov 2016]; 31(3): 260-8. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v31n3/12.pdf>
11. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2012 [citado em 20 nov 2016];17(11):2865-75. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>
12. Barletta JB, Gennari MS, Cipolotti R. A perspectiva cognitivo-comportamental dos aspectos psicossociais que interferem na qualidade da relação médico-paciente. *Psicol rev. (Belo Horizonte)* [Internet]. 2011 [citado em 21 nov 2016];17(3): 396-413. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v17n3/v17n3a05.pdf>
13. Prefeitura Municipal de Nova Iguaçu [Internet]. PMNI, 2011 [citado em 25 abr 2011]. Disponível em: <http://www.novaiguacu.rj.gov.br/>
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: questionário da pesquisa. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.
15. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [Internet]. Critérios de Classificação Econômica Brasil. São Paulo: ABEP, 2015; [citado em 10 jun 2016]. Disponível em: <http://www.abep.org/codigos-e-guias-da-abep>
16. Reichenheim ME, Harpham T. Perfil intracomunitário da deficiência nutricional: um estudo de crianças abaixo de 5 anos numa comunidade de baixa renda do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 1990 [citado em 03 out 2010];24:69-79. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101990000100011
17. Santos E. Modelo de Crenças em Saúde em familiares de pacientes com câncer colorretal. São Paulo: Programa de Pós-Graduação em Ciências da Fundação Antônio Prudente; 2008.
18. Rafael RMR, Moura ATMS. Barreiras na realização da colpocitologia: um inquérito domiciliar na área de abrangência da Saúde da Família de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2010 [citado em 10 jun 2016];26(5):1045-50. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000500026
19. Rodrigues DE, Moreira KFA, Oliveira TS. Barriers to prevention of cervical cancer in the city of Porto Velho, Rondônia, Brazil. *Invest educ enferm* [Internet]. 2016 [cited 2016 nov 19];34(1):59-67. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v34n1/v34n1a07.pdf>
20. Girianelli VR, Thuler LCS, Azevedo e Silva G. Adesão ao rastreamento para câncer do colo do útero entre mulheres de comunidades assistidas pela Estratégia Saúde da Família da Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2014 [citado em 05 nov 2015]; 36(5):198-204. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032014000500198
21. Tranberg M, Larsen MB, Mikkelsen EM, Svanholm H, Andersen B. Impact of opportunistic testing in a systematic cervical cancer screening program: a nationwide registry study. *BMC Public Health* [Internet]. 2015 [cited 2016 Feb 17]; 15:681. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4508820/>
22. Ma GX, Gao W, Fang CY, Feng Z, Ge S, Nguven JA. Health Beliefs Associated with Cervical Cancer Screening Among Vietnamese Americans. *J Womens Health (Larchmt)* [Internet]. 2013 [cited 2015 Aug 26]; 22(3): 276-88. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3601630/>
23. Travassos C, Martins M.. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2004 [citado em 31 jul 2011]; 20(suppl.2):190-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014
24. Correio KDL, Ramos AIG, Santos RLG, Bushatsky M, Correio MBSCB. Controle do câncer do colo do útero: ações desenvolvidas pelo enfermeiro à luz do discurso do sujeito coletivo. *J Res: Fundam Care Online* [Internet]. 2015 [citado em 10 jun 2016];7(2):2425-39. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3780/pdf_1557
25. Pimentel AV, Panobianco MS, Almeida AM, Oliveira ISB. Percepção da vulnerabilidade entre mulheres com diagnóstico avançado do câncer do colo do útero. *Texto contexto-enferm* [Internet]. 2011 [citado em 19 set 2012];20(2): 255-62. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000200006
26. Nascimento LC, Nery IS, Silva AO. Conhecimento cotidiano de mulheres sobre a prevenção do câncer de colo do útero. *Rev enferm UERJ* [Internet]. 2012 [citado em 19 nov 2016]; 20(4):476-8. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4813/3537>
27. Aguiar RP, Soares DA. Barreiras à realização do exame Papanicolau: perspectivas de usuárias e profissionais da Estratégia de Saúde da Família da cidade de Vitória da Conquista-BA. *Physis Revista de Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 [citado em 4 mai 2016]; 25(2):359-79. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000200359&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
28. Rico AM, Iriart JAB. "Tem mulher, tem preventivo": sentidos das práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2013 [citado em 30 abr 2014]; 29(9):1763-73. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000900016
29. Silva AB, Pinho LB. Território e saúde mental: contribuições conceituais da geografia para o campo psicossocial. *Rev enferm UERJ* [Internet]. 2015 [citado em 7 jun 2017]; 23(3):420-4. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v23n3/v23n3a21.pdf>
30. Hanaa AAY, Hend AS. Effect of self learning package based on Health Belief Model in cervical cancer prevention among female university students. *J of Nursing and Health Science* [Internet]. 2014 [cited 2016 Jun 10]; 3(6):77-88. Available from: <http://iosrjournals.org/iosr-jnhs/papers/vol3-issue6/Version-4/N03647788.pdf>